

# SECCIÓN BIBLIOGRÁFICA

## Revistas Nacionales y Extranjeras

### ALERGIA

**Alergia y aparato digestivo.** — F. Manrique, R. Julio César Rojas y David M. Zanalda. — *La Prensa Médica Argentina*, n.º 19, mayo 1947, pág. 835.

La histamina en todos los casos de alergia es la causa mediata de los ataques.

La histamina, elemento fisiológico de la economía, se convierte en tóxica cuando es absorbida en grandes cantidades o liberada de los tejidos con exceso o inoportunamente.

La histaminoxia y la histaminopexia celular están comprobadas.

El tratamiento específico es el ideal.

El tratamiento inespecífico con microdosis de histamina puede suplirlo con éxito, cuando los enfermos: a) son polisensibles; b) los test son negativos; c) cuando la distancia hasta los centros de alergia, las ocupaciones u otra causa no permita hacer el estudio de alérgenos y el tratamiento de los mismos.

### CIRUGIA

**Metástasis endocraneales del cáncer de pulmón.** — A. De la Torre. — *La Prensa Médica Argentina*. Vol. XXXIV, núm. 6, febrero 1947, pág. 265.

La metástasis endocraneales del cáncer del pulmón son una realidad clínica frecuente y es de capital importancia descartarlas antes de decidirse a tomar una terapéutica quirúrgica tanto para pulmón como para cerebro.

Por esto es necesario:

Debe pensarse en las localizaciones secundarias de un cáncer de pulmón siempre que estemos en presencia de un tumor quirúrgico de cerebro.

Debe de pensarse en la posibilidad de una metástasis en cerebro de un cáncer de pulmón inaparente en todo individuo que después de los 40 años inicia bruscamente un cuadro neurológico psiquiátrico o mixto y no existen fundamentos clínicos que los justifiquen.

Que no debe de esperarse a la hipertensión endocraneal con todo su cortejo sintomatológico para aseverarla, ya que este signo puede no existir.

Que en todo individuo con un síndrome nervioso cerebral indefinido que evoluciona con remisiones caprichosas debe de destacarse la posibilidad de un cáncer de pulmón que haya localizado sus metástasis en cerebro.

En una neumopatía aguda, subaguda o crónica no supurada, la aparición de un cuadro nervioso cerebral es indicio de neoplasia y crea un síndrome asociado de importancia semiológica.

No invalidar un diagnóstico de neoplasia primitiva o secundaria del sistema nervioso por el de lúes tumoral del mismo, aun cuando las reacciones del líquido céfalorraquídeo sean positivas para la sífilis, ya que los tumores primitivos o secundarios pueden dar esta positividad sin ser el individuo un luético.

**Importancia de las transfusiones de sangre completa en el tratamiento de las quemaduras graves.** — J. J. Macdonald y colaboradores. — *Annals of Surgery* (Filadelfia). Vol. 124, agosto 1946, pág. 332.

Los diez pacientes seleccionados para este análisis sufrían quemaduras por llamarada del 30 al 80 por ciento de la superficie corporal y fueron tratados bajo la dirección de diversos miembros del personal quirúrgico del Hospital Presbiteriano de Nueva York. Los primeros cuatro pacientes sufrían quemaduras gravísimas y

parecían tener pocas o ninguna esperanza de supervivencia, pero se presentan como una comparación de cuatro tipos de terapéutica del shock. De los seis pacientes restantes, dos murieron en la fase de postshock, y cuatro sobrevivieron. Los autores llegan a la conclusión de que la terapéutica sustitutiva en el shock por quemaduras debe dirigirse a la restauración de todos los déficits en la sangre circulante. Las transfusiones de sangre completa cumplen estos requerimientos mejor que cualquier otro agente aislado. El agua y los electrolitos pueden administrarse más ventajosamente por la boca que en inyección intravenosa y son absorbidos en cantidades adecuadas siempre que se den también transfusiones. La solución de cloruro sódico en combinación con lactato o bicarbonato es una mezcla de electrolitos más racional que la solución de lactato sódico sola, en vista de la tendencia a la alcalosis e hipocloremia que puede producirse por los vómitos e hipercalcinización en el shock por las quemaduras. Las pérdidas relativas de proteínas del plasma y volumen de hematíes pueden variar ampliamente y son difíciles de calcular durante el periódico de hemoconcentración. En general, las pérdidas de plasma predominan en las quemaduras extensas de segundo grado, mientras que en las quemaduras de tercer grado la masa de hematíes pérdida de la circulación puede igualar e incluso superar a la pérdida de volumen de plasma. Durante la fase de curación de una quemadura grave debe administrarse sangre completa en cantidades adecuadas para hipercoregir la anemia. Si se hace esto, el problema de mantener el balance de nitrógeno se simplifica. En presencia de anemia e hipoproteinemia, la terapéutica incontrolada con electrolitos por vía bucal o intravenosa está contraindicada, ya que aumenta el edema celular y puede conducir a edema pulmonar mortal.

R. M. B.

**La ligadura venosa en la prevención de las embolias pulmonares.** — G. C. Johnston y H. Locke Robertson. — *Canadian Med. Assoc. Journ.*, n.º 5, noviembre 1946, página 55.

Alrededor de 3,07 a 3,72 por 100 de las muertes son producidas por embolias pulmonares y parece ser que la mayor parte de estas embolias provienen de las venas de los miembros inferiores. Algunos autores sostienen que esto ocurre en el 95 por 100 de los casos.

En el trabajo que resumimos se estudia la patogenia de las flebitis y se discute la formación del trombo.

Se sostiene que la ligadura venosa evita la embolia pulmonar, citando como argumento la circunstancia de que en 10 pacientes operados, la embolia pulmonar no se ha producido una sola vez, con la ventaja por añadidura de que no ha persistido el edema en los miembros inferiores.

Reconocen los autores que «nuestra serie de casos es muy pequeña para sacar de ella conclusiones definitivas»; y que el principal problema a resolver consiste en la determinación de cuándo el proceso permanecerá estacionario y en qué circunstancias mostrará tendencia a extenderse o provocar embolismo pulmonar, aunque la creencia más difundida es que en las más agudas circunstancias, en las cuales el desarrollo del émbolo muestra tendencia a desarrollarse en sentido proximal, debe practicarse la intervención quirúrgica para evitar la presentación del edema crónico de los miembros que se observa todavía con demasiada frecuencia.

**Tratamiento de la cefalea postraquianestesia.** — L. Roqués. — *La Presse Méd.*, n.º 60, diciembre 1946, pág. 821.

Las cefaleas consecutivas a la raquianestesia no son raras; unas son precoces y dependen de la hipertensión endocraneal; las otras son más tardías, calmadas por la posición horizontal o declive y son consecuencias de la hipotensión; mas el efecto irregular de las inyecciones hipertónicas en el primer caso y de las de agua destilada en el segundo, demuestra que esta oposición es muy esquemática. Inspirándose en un trabajo de MANCEY, aparecido en 1941, G. BAZZOCCHI ha tratado las cefaleas postraquianestesia, de las que él ha observado 16 casos sobre 195 sujetos, por la vitamina B<sub>1</sub>: 5 mg. por vía endovenosa. Los resultados han sido notables; por regla general, la cefalea desapareció completamente después de dos o tres días

de tratamiento, con una o dos inyecciones diarias. En el caso más rebelde, la cefalea no calmó sino después del tercer día, con tres inyecciones diarias, para desaparecer al quinto día; en otros enfermos, la curación se obtuvo con una sola inyección. Es difícil determinar cómo actúa la vitamina B<sub>1</sub>; todo lo que se puede decir, es que no se trata con seguridad de una carencia; es de notar que el tratamiento ha sido eficaz tanto en las cefaleas precoces como en las tardías. BAZZOCHI piensa que este tratamiento podría usarse preventivamente en todos los sujetos sometidos a una raquianestesia, o por lo menos en aquellos que presenten cefaleas habituales.

### DERMASIFLIOGRAFIA

**Sífilis latente.** — J. W. Jordan y F. A. Dolce.—*Arch. Dermat. and Syph.*, julio 1946.

Los autores estudian un grupo de 169 personas con sífilis latente durante un período de más de diez años. Llamán sífilis latente a la del paciente que no tiene signos clínicos y en el cual el diagnóstico se hizo por reacciones serológicas positivas repetidas o por la procreación de un niño con sífilis congénita.

Los casos que presentan los dividen en dos grupos: el primero formado por 69 pacientes que no recibieron tratamiento o que fué muy escaso, y el grupo segundo de 100 enfermos bien tratados, que recibieron 40 o más inyecciones de arsénico o metal pesado, sea solos o en combinación. En la mayoría la droga empleada fué la arsfenamina, aun que se utilizaron algunos derivados.

En el suero sanguíneo de las personas del primer grupo observaron una manifiesta tendencia a presentar variaciones, con el curso de los años, respecto la positividad de las reacciones. Aproximadamente el 25 por 100 de los pacientes, no o escasamente tratados y con sífilis latente, negativizaron espontáneamente las reacciones luéticas y permanecieron así un cierto número de años. Sin embargo, la negatividad de las reacciones en uno o varios exámenes no significa cura espontánea.

En 20 o 25 por 100 de casos del grupo primero, que correspondía a grupos raciales mixtos incluyendo negros, observaron alguna complicación cardiovascular, si la observación se prolongó durante más de 13 años. Observaron una cierta relación entre el estado de las reacciones en el suero del paciente del grupo primero y la evolución clínica final. En general la persistencia de reacciones fuertemente positiva indica mal pronóstico tardío, mientras que la tendencia a fluctuar sugiere un relativo buen pronóstico. La sífilis temprana florida no confiere la inmunidad especial a complicaciones tardías.

En los pacientes del grupo segundo, considerados como bien tratados, observaron, una manifiesta tendencia a la fluctuación de las reacciones luéticas en el curso de los años. El tratamiento antisifilítico adecuado, en personas con sífilis latente, determina sólo 17 por 100 de aumento en la negatividad persistente de las reacciones luéticas comparado con las que ocurren espontáneamente en el grupo primero.

Se observó que el tratamiento antisifilítico oportuno y adecuado reduce al mínimo las posibilidades de complicaciones graves. En los enfermos bien tratados no hay relación entre el resultado de las reacciones luéticas y la presentación de complicaciones tardías.

En ese sentido creen que para prevenir las más eficaces son los arsenicales que los metales pesados.

Consideran que de 20 a 30 inyecciones de arsenicales constituyen un tratamiento adecuado, que debe combinarse con curas alternas de metales pesados. La administración de mayor número de inyecciones no produce reducción de las complicaciones tardías, según sus estadísticas. Para los metales pesados, consideran que 40 a 60 inyecciones son suficientes.

### DERMATOLOGIA

**Penicilina oral en la gonorrea.** — S. R. Bushbi y A. H. Harkness. — *Lancet*, 1946.

Existen numerosos rabajos demostrativos de que la penicilina por vía oral es altamente eficaz en el tratamiento de procesos debidos a gérmenes que exhiben particular sensibilidad a esa droga.

En el trabajo que nos ocupa, el autor refiere los resultados del tratamiento penicilínico, por vía oral, en la blenorragia.

Después de tanteos previos llegó a la conclusión que el plan terapéutico más conveniente consistía en aplicar 240.000 U.L. diarias distribuidas en seis dosis de 40.000 U.L. tomadas con intervalo de tres horas. El suministro se hacía mediante tabletas no queratinizadas que contenían 20.000 U.L. de penicilina y 0'50 gr. de citrato sódico. Es decir, se administraban dos tabletas cada tres horas.

Incluyendo los casos en los cuales se hicieron los ensayos de dosificación, el material tratado comprende 88 enfermos (de los cuales cuatro mujeres); ochenta sulfamidoresistentes, dos complicados con epididimitis aguda, uno con prostatitis aguda y tres que no respondieron al tratamiento penicilínico por vía intramuscular.

La secreción blenorragica purulenta, a menudo abundante entre las dos y seis horas que siguieron el comienzo del tratamiento, comenzó a cambiar de calidad haciéndose mucosa a partir de la cuarta hora, y desapareció del 20 al 50 días después de la última dosis de penicilina. Algunas veces persistió durante corto tiempo una uretritis no gonocócica debido a la resolución de las lesiones inflamatorias provocadas por el gonococo.

En pacientes con reiteradas blenorragias y fuerte participación de la uretra posterior, puede quedar secreción mucosa durante varios días debido a asociaciones bacterianas. Tales casos suelen apurar sensiblemente su evolución con algunas irrigaciones.

En el curso del tratamiento ocurrieron cuatro fracasos y dos reinfecciones. Si se considera, en cambio sólo aquellos casos tratados con la dosificación finalmente establecida y que alcanzan a 62, sólo hubo dos fracasos. La precaución más importante es respetar adecuadamente el horario establecido para tomar la droga y disminuir al mínimo la ingestión de agua.

## HEMATOLOGIA

**Precauciones en la transfusión para factores Rh.** — F. W. Gunz. — *Brit. Med. Journ.* 1946, pág. 601.

La importancia de la determinación rutinaria del tipo Rh de los enfermos que han de ser transundidos ha sido ampliamente señalada. Los anticuerpos Rh. difieren de las aglutinas del sistema ABO en que, salvo raras excepciones no preexistentes, sino que son formados por los sujetos Rh-negativos en respuesta a la sensibilización, ya por la existencia «in-útero» de un feto Rh-positivo o por una transfusión de sangre Rh-positiva.

Para en método de investigación seguido por el autor, decidió limitar la determinación del tipo Rh a dos categorías de enfermos: a) los que habían recibido una previa transfusión de sangre Rh-positiva o de tipo desconocido y b) las mujeres con historia obstétrica que sugería una posible sensibilización a los factores Rr. En estos casos el tipo Rh fué determinado por medio de un suero anti-Rh (anti-D), siendo empleada luego sangre del tipo apropiado.

El grupo homólogo fué dado a los receptores de los grupos A y O y sangre del grupo O a los de los grupos AB y B. Se tuvo la precaución de que estuviera siempre disponible, por el menos, una botella de sangre Rh negativa perteneciente a los grupos A y O.

Actuando en esta forma por espacio de 17 meses, en un hospital de 800 camas se practicaron 292 transfusiones a 232 pacientes, de los cuales 58 (34 hombres y 24 mujeres) recibieron ya más de una transfusión o segundas transfusiones después de una potencialmente sensibilizante; 48 fueron Rh-positivos y 10 Rh-negativos.

Ninguna reacción hemolítica se presentó durante el período de investigación.

De los 10 pacientes Rh-negativos que recibieron múltiples transfusiones, sólo dos formaron anticuerpos Rh. que se mantuvieron en la sangre por espacio de cuatro y cinco meses, respectivamente.

**Naturaleza y tratamiento de la granulocitopenia grave.** — L. Van de Berge. — *La Sang.*, 8, 1946, pág. 491.

El autor ha observado 6 casos de granulocitopenia y considera la naturaleza y aspectos de esta afección, cuya sintomatología (SCHULTZ, 1922) aparece como un síndrome y no como una enfermedad. Síndrome de etiología diversa (agentes tóxi-

cos o infecciosos), pero con una patogenia siempre idéntica. La granulocitopenia se desarrolla sobre una médula ósea que posee una idiosincrasia constitucional: se sensibiliza por acción repetida de sustancias tóxicas y afecta primordialmente la serie granulocítica.

A los síntomas clásicos: angina necrótica, febril, acompañada de desnutrición acentuada y ligera subictericia, con leucopenia y agranulocitosis, añade el autor los dolores óseos y la hinchazón articular.

Las medicaciones empleadas en esta afección, como ácido nicotínico, vitamina C y todos los extractos hepáticos, fueron ineficaces. En cambio, los pentanucleótidos surtieron efecto en los primeros accesos, si bien no ocurrió lo mismo en las recaídas. La transfusión sanguínea fué un recurso eficaz y aconseja el empleo de la médula ósea normal oxalatada por inyección intraósea, que le reportó gran número de curaciones.

### MEDICINA INTERNA

**Asociación de enfermedad de Hodgkin y tuberculosis.** — R. G. Pascualini, M. C. Lascalea y R. I. Latienda. — *La Prensa Médica Argentina*. Vol. XXXIV, número 6, 7 febrero 1947, pág. 282.

Se comenta la historia clínica y el estudio anatómico macro y microscópico de un caso de enfermedad de Hodgkin asociada a tuberculosis miliar.

Se trataba de un hombre de 21 años que entre 4 y 5 meses después de iniciar una enfermedad de Hodgkin diagnosticada por biopsia ganglionar, desarrolló una siembra hematógena tuberculosa. Aun en las etapas terminales de su enfermedad, las reacciones de Mantoux se mantuvieron positivas. Las comprobaciones principales realizadas en el estudio histológico fueron: ganglios, tuberculosos y linfogranulomatosos, simultáneamente, en los hilios pulmonares y mediastino; en bazo, focos miliares tuberculosos. Además, en hilio pulmonar, lesión tuberculosa ganglionar vieja, calcificada.

En cuanto a la persistencia de la alergia tuberculínica se considera que si bien la enfermedad de Hodgkin puede modificar la resistencia frente a la infección tuberculosa, la alergia puede mantenerse inclusive hasta las etapas finales, y que la anergia tuberculínica no constituye la regla en aquella enfermedad.

**El tratamiento con ácido paraaminobenzoico de la fiebre exantemática de las Montañas Rocosas.** — L. B. Flinn y colaboradores. — *The Journal of the American Medical Association*. Vol. 132, 14 diciembre 1946, nág. 911.

Presentan los autores diez casos de fiebre exantemática de las Montañas Rocosas tratados con ácido paraaminobenzoico y los comparan con 21 casos de la misma enfermedad que no fueron tratados con esta sustancia. Los 9 pacientes tratados de menos de 40 años de edad están curados. Falleció un paciente de más de 40 años de edad, con complicaciones por afección cardiorrenal.

En 21 pacientes no tratados hubo 5 fallecimientos (2 en pacientes de menos de 40 años). La duración de la fiebre en los pacientes no tratados fué de 17,5 días, mientras que en los que recibieron ácido paraaminobenzoico fué de 10,5 días. La mayoría de los pacientes tratados mostraron una dramática mejoría clínica poco después de iniciarse el tratamiento.

La administración de ácido paraaminobenzoico no tuvo complicaciones. A causa de la rápida excreción urinaria de esta sustancia, para mantener concentraciones hemáticas terapéuticas se requiere la administración oral con intervalos de una o dos horas. La variación individual de la concentración hemática requiere la adaptación de la dosis y balance de líquidos.

R. M. B.

**La vacuna y el arsenobenzol en la fiebre de Malta.** — A. Barasciutti y L. Paccagnella. — *Gior. Clin. Med.*, octubre 1946.

Los autores aportan sus experiencias sobre un grupo de 18 pacientes, en los cuales, dos días antes de la aplicación endovenosa de vacuna, se les administraron

pequeñas dosis de arsenobenzol (0,08 a 0,15 gr.), con rotundo éxito. Actualmente aplican el arsenobenzol desde el comienzo del tratamiento, y no como antes, sólo en casos vacunorresistentes.

**Los aminoácidos (glicina) para aumentar la circulación periférica.** — R. Gubner, J. R. di Palma y E. Moore. — *Amer. Jour. Med. Scie.*, enero 1947.

Los autores han estudiado los efectos de la ingestión de 20 gr. de aminoácidos (glicina) sobre la circulación periférica en 25 sujetos, entre los cuales había 9 que padecían de afecciones vasculares periféricas. El estudio se realizó midiendo la temperatura cutánea y empleando la oscilometría y la pletismografía.

La temperatura se elevó en las tres regiones examinadas en 11 sujetos normales y 3 enfermos, constatándose significativo aumento en los dedos de los pies. La oscilometría mejoró en 8 de 11 personas normales, pero no presentó modificaciones en los enfermos. El flujo sanguíneo, valorado con la pletismografía, aumentó en 8 sobre 10 normales y en 4 de 5 enfermos. El volumen de aflujo sanguíneo mejoró en un 62 por 100 de los normales y en un 35 por 100 de los enfermos.

El aumento de aflujo sanguíneo es un acompañamiento de la producción de calor, con incremento de la vasodilatación periférica y aumento del rendimiento cardíaco, que resulta de la acción dinámica-específica de la glicina. Esta acción persiste durante un período de 5 a 7 horas.

**Para el diagnóstico de las insuficiencias tricuspídeas.** — J. M. Rivero Carvallo. — *Arch. del Inst. de Cardtología de México*, n.º 6, 1946, pág. 531.

Las lesiones valvulares que con más frecuencia escapan al clínico son las que asientan en la válvula tricúspide, así sean estenosantes o de insuficiencias, presenta el autor un nuevo signo estudiado en 50 enfermos, 11 de los cuales fueron autopsiados. Dicho signo consiste en un reforzamiento en la intensidad del soplo tricuspídeo o en su fácil percepción en lugares donde aparentemente no existía, cuando el enfermo se mantiene en inspiración profunda o se sostiene en apnea postinspiratoria.

El aumento de intensidad es absoluto en la gran mayoría de los casos, siendo el foco más favorable para la auscultación del soplo el tricuspídeo, y permitiendo con su ayuda reconocer precozmente lesiones tricuspídeas.

Excepcionalmente es negativo en los casos de insuficiencia de la válvula.

**Tabaco y arteritis obliterante en la diabetes.** — L. A. Weinroth y J. Herzstein. — *Jour. of. Amer. Med. Assoc.*, n.º 131, 1946, pág. 205.

Los autores estudiaron 301 enfermos de diabetes mellitus a fin de establecer la frecuencia de las enfermedades arteriales oclusivas en los diabéticos fumadores, en relación con aquellos que se abstienen de fumar. En sus casos, la arteritis obliterante se observó en el 57,8 por 100 de los pacientes fumadores y en el 37,3 por 100 de los no fumadores.

Antes de los 60 años, la arteritis obliterante se presenta con particular preferencia en el grupo de fumadores, con diferencia considerable en los porcentajes; no así a partir de la séptima década.

No observaron nexo alguno entre el grado de tabaquismo y la aparición de la enfermedad vascular. En cambio, está íntimamente relacionada con el tiempo que se ha mantenido el hábito.

Cuando la diabetes estaba bien tratada había mayor aparición de arteritis obliterante en los pacientes fumadores; cosa semejante observaron en los diabéticos deficientemente tratados. Por el contrario, ambos grupos tuvieron comportamiento parecido en los enfermos con un tratamiento de mediana eficiencia.

La obesidad influye en ambos grupos aumentando la frecuencia de los procesos obliterantes vasculares, aunque con cierta preferencia para los enfermos fumadores. La asociación de hipertensión con tabaquismo, determinó en gran número de casos el desarrollo de arterioesclerosis obliterante.

Los autores están de acuerdo en que el tabaco, merced a su acción vasoconstrictora periférica, agrava las lesiones vasculares preexistentes, pero en cambio es impotente para desencadenar por sí solo el proceso.

**Coagulación de la sangre en enfermos varicosos.** — Alfredo V. Di Cio y R. Bay. — *La Prensa Médica Argentina*, n.º 20, mayo 1947, pág. 8992.

Se estudia en sujetos normales la coagulación de la sangre (tiempo de coagulación, tiempo de sangría y concentración de protrombina) a nivel del miembro superior y del miembro inferior, no encontrando prácticamente diferencia alguna.

Se estudia en enfermos varicosos la coagulación de la sangre, de la misma manera que en los sujetos normales, estableciéndose que a nivel de la vena enferma el tiempo de coagulación es más corto que a nivel de las venas del pliegue del codo.

Los tiempos de sangría y la concentración de protrombina son normales en todos los enfermos estudiados.

Se sugiere que el acortamiento del tiempo de coagulación podría deberse a la liberación de tromboplastina que ganaría el torrente circulatorio.

**Pronóstico de la hipertensión.** — *Editorial Brith. Med. Journ.*, enero 1947.

BECHGAARD ha publicado una extensa monografía en la que estudia el curso y evolución de más de mil casos de hipertensión atendidos en el consultorio externo del Rigshospital de Copenhague. Por hipertensión entiende una presión sanguínea no menor de 149/90, en el promedio 190/110 tomada después de 15 minutos de descanso. La mayoría eran casos de hipertensión esencial; sólo 1,3 por 100 eran malignas, y no más del 20 por 100 probablemente mucho menos, de origen renal. Había 325 hombres y 713 mujeres, es decir, una proporción 3:2 a favor de las mujeres.

En el grupo maligno ningún caso se debió a «riñón quirúrgico» unilateral.

En los casos malignos la frecuencia relativa entre los sexos es de 3:1 a favor de los hombres. La importancia de la herencia de hipertensión entre los familiares debería llegar, según estimación por cálculo, a 77 por 100.

En el grupo total en índice de mortalidad fué doble en hombres que en mujeres, excluidos los casos de hipertensión renal. Dicho índice no fué influido en forma adversa por la obesidad, ni por la altura de la presión, en tanto ésta no pasara de 200/130 en las mujeres. El índice general de mortalidad por hipertensión en relación a la población general de Dinamarca, fué de 3,88:1 para hombres y 1,43:1 para mujeres. El índice de mortalidad en la hipertensión de origen renal, expresado de la misma manera, fué de 18:1. En un período de 2-11 años 41 por 100 de los hombres y 22,4 por 100 de las mujeres fallecieron. Las causas de muertes fueron: cardíacas en 45 por 100 de los casos, cerebrales en 116 por 100 y renales en 10 por 100. En los exámenes sucesivos 13 por 100 de los hombres y 2 por 100 de las mujeres recobraron cifras tensionales normales. De 78 mujeres a quienes se había diagnosticado hipertensión menopáusica en el primer examen, ninguna retornó a presión normal. Tampoco el gráfico de la frecuencia de edad mostró la menor tendencia a culminar en el climaterio. En el período especificado 0,2 por 100 de los que padecían hipertensión esencial y 8 por 100 de los que tenían pielonefritis crónica entraron en la fase maligna.

Estos hechos sugieren que la simpatectomía dorsolumbar puede reservarse con ventaja, para las hipertensiones de 200/130 en el hombre y 220/130 en la mujer, pero en los hombres la probabilidad de mejoría es la mitad que en las mujeres. Lejos de constituir una contraindicación para la cirugía, la enfermedad cardíaca hipertensiva parece ser un nuevo hecho a favor, especialmente si puede ser reversible.

**Sulfamidas y función hepática.** — R. Armas Cruz, R. Yazigi, J. Cabello Lobo y A. Robinson. — *Rev. Med. Chile*, febrero 1947.

En el estado actual de nuestros conocimientos parece no haber una interferencia importante de las sulfadrogas sobre la función hepática.

Las alteraciones anatómicas y funcionales, atribuidas a la sulfamidoterapia, más que tóxicas, parecen corresponder a manifestaciones de intolerancia o de idiosincrasia.

La terapéutica sulfamídica es de gran utilidad, y prácticamente inocua, en las infecciones agudas del árbol biliar, aún con ictericia.

Tales son las conclusiones que se derivan del estudio de 50 casos a los cuales antes y después del tratamiento, se les hizo un prolijo estudio de la función hepá-

tica (bilirrubinemia, colesterolemia, proteinemia, oro coloidal, Hanger, benzoato, bromosulfaleína, fosfatasas).

**Insulina en el alcoholismo agudo.** — E. G. Vassaf y V. R. Hall. — *New England Jour. Jour Med.*, 8-VIII-46.

Los autores trataron 43 pacientes con intoxicación alcohólica aguda que variaba de dos días a tres meses, todos pertenecientes a un nivel social y económico elevado e internados en sanatorio. El régimen empleado consistió en dieta rica en calorías y vitaminas, con abundantes líquidos, complementada con vitaminas B. Además daban antiácidos para combatir las molestias gástricas, estimulantes del apetito, sedantes durante el día e hipnagogos por la noche, y empleaban la fisioterapia e hidroterapia regularmente. Además inyectaron subcutáneamente 10 unidades de insulina 20 minutos antes de cada alimento, dos o tres veces al día. El alcohol se administró en forma de whisky durante tres días como máximo, para desacostumbrar, en cantidades decrecientes.

Comparado dicho grupo de enfermos con los que no recibieron insulina y sí el resto del tratamiento, observaron que el tiempo que necesitaron ingerir alcohol los pacientes disminuyó a la mitad o a menos, y que un buen número de ellos (44 por 100) no solicitaron whisky desde el momento de ingresar, en comparación con el 14 por 100 que se observó en el grupo de control.

Los pacientes que recibieron insulina fueron en general más adaptables, tranquilos y menos insistentes en sus demandas. Subjetivamente manifestaron mayor rapidez que en los controles. Las reacciones a la insulina fueron ligeras, y se observaron solamente en tres casos, cediendo rápidamente con la administración oral de azúcar.

Aparentemente no fué necesario proteger la dosis de insulina empleada con cantidades suficientes de glucosa por vía endovenosa. Consideran por su estudio que las dosis pequeñas de insulina son de utilidad en el tratamiento del alcoholismo agudo.

**Etiología de la enfermedad de Hodgkin (granulomatosis maligna).** — S. Brom. — *Presse Medicale*, marzo 1947, pág. 148.

En la sesión del 30 de noviembre de 1946 de la Sociedad de Medicina de París, la doctora S. Brum hizo un resumen de 19 años de investigaciones sobre la enfermedad de Hodgkin, confirmando y completando resultados anteriormente publicados. Las conclusiones son:

La inoculación de productos granulomatosos da lugar, en el cobayo, a un cuadro de tuberculización atípica (Vaudremer-Calmette-Valtis). Las lesiones histológicas de tipo inflamatorio reproducen, muy fielmente, las lesiones granulomatosas humanas.

El cultivo de productos granulomatosos (ganglios, sangre, médula ósea) repetidos 29 veces, han permitido, en cada caso, aislar el virus tuberculoso bajo forma atípica, cianófila, generalmente en su forma granular (Fontes-Vaudremer) conduciendo «in vitro» o «in vivo» al bacilo ácidorresistente.

La autora aporta además, los primeros resultados terapéuticos obtenidos con una anatoxina específica preparada según el método de Ramón a partir de cultivos de productos granulomatosos filtrados sobre bujías y hechos atóxicos por la acción del formal y del calor.

## MEDICINA TROPICAL

**La tríada del paludismo.** — T. H. Noehron. — *An. Int. Med.*, 25, 1946, 293.

Durante muchos años se ha considerado que la presencia de escalofríos periódicos con fiebre, esplenomegalia y anemia son el trípode sobre el cual reposa el diagnóstico del paludismo. Sin embargo, la experiencia reciente con casos agudos de paludismo, indica que el valor de dicha tríada para el diagnóstico debe reconsiderarse. Es cierto que un paciente con fiebre periódica típica, bazo aumentado de tamaño y anemia, tiene con gran probabilidad malaria; pero esperar dichos signos para hacer el diagnóstico, es casi igual a depender de la acidosis y el coma para el diagnóstico de la diabetes.



Con el objeto de investigar dicho punto, el autor estudió 143 casos de paludismo agudo, todos ellos comprobados por la presencia del plasmodio en la sangre: 96 producidos por *plasmodium vivax*, 42 por *plasmodium falciparum*, 3 por *plasmodium malariae*, 1 tenía mezcla de *vivax* y *falciparum*, y otro no fué clasificado.

En 105 se trataba del primer ataque; en los restantes la infección era recurrente.

En la serie, 9 pacientes presentaron el escalofrío y fiebre típicas; 81 tuvieron los mismos síntomas, pero atípicos; 47 tuvieron fiebre atípica, y 5 fiebre tal como ha sido generalmente descrita. La esplenomegalia se observó en 47 y la anemia en 45.

Para el autor las molestias iniciales a un ataque palúdico poseen carácter significativo. En su experiencia, 6 han sido de gran ayuda: fiebre, dolor de cabeza, malestar, dolor dorsolumbar, anorexia y sudoración con mal olor.

El diagnóstico pudo hacerse en un número significativo de pacientes que manifestaban cuatro de dichas seis molestias.

La fiebre, especialmente asociada con escalofríos, es altamente sugestiva de paludismo, aunque no siempre es constante ni menos típicamente cíclica. Se observó en el 96,7 por 100 de los casos; en el 63 por 100 asociada a escalofríos. El dolor de cabeza fué síntoma en el 73 por 100 de los pacientes; generalmente es frontal o retrobulbar, con sensación de cansancio en los ojos.

El malestar es común a muchos padecimientos, pero en la malaria ayuda el hecho de su principio súbito e inexplicable, como sensación de dolorimiento y cansancio generalizado que se encontró en 71 de los casos.

El dolor dorsolumbar se manifestó en el 32 por 100. Se presenta en el área lumbosacra y puede ser tan severo que necesite de la morfina. La anorexia fué observada en el 44 por 100 y asociada con vómitos en el 9 por 100. En el curso del tratamiento la vuelta del apetito es una buena indicación de la desaparición de los parásitos en la sangre. La sudoración de mal olor, comparada a cerillas quemadas, fósforo o azufre, aunque solamente se observó en el 27 por 100 de los casos, cuando estuvo presente fué de valor casi tan grande como un frotis de sangre positivo.

Pese a todo, el diagnóstico debe reposar, fundamentalmente, sobre el estudio cuidadoso de la sangre para demostrar el hematozoario.

Es menester generalizar el concepto de que es el dato más impor tante y debe efectuarse sistemáticamente, tanto en los casos típicos, en los pacientes que llegan con síntomas iniciales en zonas palustres, como en los casos atípicos. Con ello se salvarán numerosas vidas.

## OFTALMOLOGIA

**Glaucoma. Diagnóstico precoz. El «Test» de la ventosa.** — L. Malbran y J. A. Carretti. — *Arch. Oftal. de Buenos Aires*. T. XXI, núms. 10-11, octubre-noviembre 1946, pág. 315.

El «Test» de la ventosa es un valioso auxiliar en el diagnóstico del preglaucoma, pero por si solo no permite llegar a una conclusión firme.

El mecanismo de acción del «Test» es prácticamente desconocido aunque, más que en la simple teoría mecánica esboza por Abreu Fialho, los autores piensan en la intervención del sistema neurovegetativo como factor de primer plano.

No se han observado accidentes secundarios a la aplicación del «Test».

**Penicilina-novocaína en oftalmología y traumatología.** — J. Arentsens. — *Arch. de Oftal. de Buenos Aires*. T. XXI, núm. 9, septiembre 1946, pág. 249.

Han sido tratados 127 casos de diversos procesos inflamatorios oculares, perioculares y extraoculares. Incluso abscesos y flemones de la mano y otras regiones, con una mezcla de penicilina con novocaína, en diversas proporciones.

La inyección no debe ser colocada en el lumen de una colección purulenta o en la solución de continuidad de una herida, como tóxico, sino infiltrando los tejidos inflamados que los rodean, en forma muy lenta, puesto que la patología general señala que la batalla del germen contra el organismo se realiza allí. Si no se puede llegar directamente al foco inflamado, se infiltran las vecindades (huesos). Cuando la infiltración es directa, hasta una sola inyección.

La mezcla se hizo diluyendo 100.000 U. O. de penicilina con 20 centímetros cúbicos de novocaína del 1 % al 2 % en lugar de suero fisiológico.

Las mezclas fueron también empleadas en forma de anestesia en todas aquellas intervenciones en que se sospechó pudiera desarrollarse una infección. Se aconsejó su uso, o penicilina sola en solución para preparar el campo operatorio en terrenos sépticos o siempre que se toma una infección, aunque la operación se haga con anestesia general.

Se aconseja su uso en todo proceso inflamatorio que reúna las siguientes condiciones: a) que sea provocado por un germen penicilino sensible, cualquiera que sea; b) que el proceso inflamatorio sea sensible a la aguja de inyección, sea en la piel, mucosa, serosa u otros órganos, directamente o por medio de una intervención quirúrgica. Se esboza un plan, comprendiendo las posibles aplicaciones en toda especialidad.

La novocaína no disminuye la actividad bacteriostática de la penicilina, ni la penicilina disminuye la actividad anestésica de la novocaína.

Realizado en forma lenta y comenzando por piel o tejido sano, el método es complemento indoloro o muy poco doloroso y permite hacer llegar directamente al foco miles de unidades de penicilina por c. c. de tejido, en lugar de las décimas de unidades que llegan con el tratamiento sistemático intramuscular.

El uso de las mezclas de penicilina con novocaína, es completamente inocuo para los tejidos. En el presente trabajo no se observó un solo caso de intolerancia u otra reacción, ni aun aplicando hasta seis infiltraciones seguidas cada veinticuatro horas o en dosis de hasta 150.000 U. O. de una sola vez.

Todos los casos, sin excepción, en los cuales se colocó la penicilina en esta forma, tuvieron una evolución muy parecida. Gran disminución de la reacción prácticamente total en lo que a la inflamación se refiere.

El método de infiltrar toda la zona inflamada o infectada, se puede usar no sólo con penicilina, sino con cualquier bacteriostático de uso subcutáneo, con anestesia local o general, ya se trate de sulfas, estreptomycin u otros.

La infiltración local de penicilina, en la forma indicada, se mostró muy superior al tratamiento intramuscular sistemático.

## PEDIATRIA

**Enfermedades de Werdnig-Hoffmann.** — M. L. Saldún de R. Luis M. Bosch. — *Archivos de Pediatría del Uruguay*. Julio 1946, pág. 391.

Niño de seis meses, nacido en condiciones normales, que persistieron hasta los tres meses, iniciando después un síndrome de hipotonía generalizada, progresiva, que llega hasta la atonía. Ofrecía atrofia muscular progresiva, generalizada, con predominio en el tronco y en los miembros, al nivel de las raíces; claudicación de la función motora, afectando los cuatro miembros, tronco cuello, músculos respiratorios y de la deglución; eran posibles algunos movimientos en los extremos distales de los miembros, en especial en los superiores; la succión y la risa podían realizarse; los esfínteres y la sensibilidad no estaban afectados; existían arreflexia tendinosa, reacción de degeneración y modificaciones de la excitabilidad eléctrica neuromuscular, manifestada por reacción lenta a la excitación galvánica; el psiquismo no estaba alterado; el estado de nutrición era de aspecto florido, durante los primeros meses de la enfermedad, al punto de que al tejido adiposo subcutáneo disimulaba las atroñas musculares. La evolución fué crónica y progresiva, terminando fatalmente con broncoplejía y bronconeumonía consecutiva, a los once meses de edad. En la misma familia, la enfermedad afectó a otro hermano varón, que lo precedía, el que ofreció un síndrome miotónico desde el nacimiento, falleciendo a los cinco meses, con bronconeumonía consecutiva a broncoplejía. Únicamente otro niño de 4 años de edad, con aspecto normal. Estudian el diagnóstico diferencial con la enfermedad de Oppenheim, el síndrome de Foerster, el mongolismo, idiocia amaurótica de Tay-Sachs, el mixedema, el raquitismo, la enfermedad de Heine-Medin, la polineuritis, la miopatía progresiva primitiva, etc. Se hace un estudio comparativo de las enfermedades de Werdnig-Hoffmann y Oppenheim, consideradas clásicamente como distintas y que actualmente se tiende a aproximar. Se destaca el papel que puede tener la sífilis materna en la etiopatogenia de ambas.

La sífilis materna existía en el caso que se comunica y había sido tratada durante cuatro años, antes de los embarazos correspondientes a los niños que fueron afectados, presentando estigmas evidentes de ella el niño que ofreció la modalidad de la enfermedad de Oppenheim y no el que motiva la comunicación. Señalan la evolución progresiva y fatal. El tratamiento sintomático consistió en cuidar el estado general en la administración de glucosa por distintas vías, en alimentación adecuada, en vitaminas, balneación y rayos ultravioletas, opoterapias, tiroidea, hipofisaria, y su prarrenal, vitamina E a altas dosis, glicocola.

**La inmunización en los niños.** — J. H. B. Grant. — *Canadian Med. Assoc. Journ.*, Vol. 55, n.º 5, pág. 493.

Después de meditado estudio basado en numerosas estadísticas de variado origen, sostienen los autores las siguientes conclusiones:

Se han obtenido excelentes resultados por la inmunización activa contra la viruela, tifoidea y paratifoidea.

Puede admitirse para estos casos una inmunización activa equivalente al 100 por 100 de los vacunados, siempre que la vacunación y revacunación sean cumplidas cuidadosamente.

Puede obtenerse también la inmunidad preventiva contra la difteria en la gran mayoría de los niños por el uso de toxoide, manteniéndose y reforzándose el resultado por la administración de dosis cada cinco años.

La coqueluche tiene también su vacuna de definido valor. Sin embargo, en cuanto a pronóstico, esta enfermedad mantiene el interrogante de la gravedad y falta de defensa de los niños muy pequeños.

Con la escarlatina pasa un fenómeno algo contradictorio. A pesar de haberse probado que la vacuna tiene verdadero poder y que debe agruparse a las anteriormente citadas por su eficacia, los familiares y aún los médicos no se han convencido enteramente de su conveniencia.

El toxoide tetánico no ha logrado tampoco divulgación a pesar de ser activo en proporción considerable y no reproducir reacciones desagradables.

En lo referente a la inmunización pasiva, las toxinas diftérica y tetánica pueden prevenir efectivamente contra la enfermedad si son administradas oportunamente; las drogas sulfamidadas han desplazado considerablemente la antitoxina de la escarlatina y finalmente el suero de convaleciente tiene verdadero valor en el sarampión.

**Istosán y cortina sintética en la difteria maligna.** — P. Sedillan y J. Pellerat. — *La Presse Medicale*, n.º 6, febrero 1947.

Ciertas investigaciones permiten afirmar que en las difterias malignas, ya sean primitivas o en el síndrome secundario de Marfan, existe policitemia ocasionada por un trastorno del metabolismo hídrico consecutivo a insuficiencia suprarrenal, que mejora con la administración de cortina sintética.

Esta medicación produce efectos revelables por el hematocrito desde la media hora siguiente a su aplicación, pero su acción es fugaz y de tres a cuatro horas después de aplicada la inyección, aumenta nuevamente el tenor de glóbulos rojos. Una terapéutica correcta implica la aplicación del medicamento cada tres horas o en su refecto una cortina «retardada», cuya acción se prolongue por muchas horas.

A tal efecto, los autores han empleado la polivinilpirrolidona (Istosán) en solución al 20 por 100, conociendo su inocuidad y su acción retardante en la eliminación de ciertos medicamentos (novocaína, insulina, salicilato sódico, etc.). Los experimentos de laboratorio y clínica han demostrado la utilidad de tal asociación.

En consecuencia, se propugna la aplicación de dicha mezcla conforme al siguiente esquema: una primera inyección de cortina pura que será seguida tres horas después por una inyección de la mezcla cortina-istosán. El recuento globular permitirá en días sucesivos mantener o disminuir la dosis de la mezcla.

En resumen, el istosán retarda la eliminación de la cortina sintética y permite prolongar su acción supletoria en las insuficiencias suprarrenales agudas de la difteria.

**Nuevo toxoide diftérico.** — L. B. Holt. *Lancet*, marzo 8 de 1947.

Con el propósito de obtener un toxoide diftérico, de uso profiláctico, que tenga actividad constante, cosa que hasta el presente no se había logrado, el autor ha preparado una toxina purificada mediante precipitación con una cantidad determinada de fosfato de aluminio puro. Titulando la concentración del aluminio en el producto final se obtiene una vacuna de poder antigénico constante. La dosis óptima de metal para la máxima producción de antitoxinas parece ser de 2,75 mg. por dosis. Las experiencias clínicas hechas sobre esta nueva vacuna por G. Bousfield (relatadas en el mismo número) son favorables al nuevo preparado.

## REUMATISMO

**Resultados del enderezamiento ortopédico de 47 espondilosis rizomielicas.** — *La Presse Médicale*. — Núm. 47, octubre 1946, pág. 646.

Desde el punto de vista que interesa a la naturaleza del trabajo que comentamos, la espondilosis rizomielica es una espondiloartritis de tendencia anquilosante que afecta las articulaciones vertebrales. Comienza por atacar las articulaciones sacroilíacas que, rápidamente, se sueldan, asciende afectando sucesivas articulaciones y termina por la esclerosis y osificación de los ligamentos intervertebrales.

Para completar el cuadro se anquilosan progresivamente las articulaciones de las raíces de los miembros, llegándose paulatinamente a través de una evolución de años al aspecto típico de estos pacientes.

En cuanto al tratamiento corrector, ortopédico por enderezamiento, debe ser dirigido a los tres elementos esenciales: flexión de las caderas, corrección de la cifosis dorso lumbar y flexión o caída de la cabeza.

Los resultados dependen de la precocidad del tratamiento.

Sobre los 47 casos tratados, 39 eran hombres y sólo 3 mujeres. En tres casos había comenzado la deformación antes de los 20 años; en 13 entre los 20 y 30. La mayor parte entre los 30 y 40.

Solamente en siete oportunidades los pacientes pudieron atenderse en los tres primeros años de enfermedad, siendo el resultado excelente. Las correcciones se obtuvieron rápidamente y desde la colocación de los aparatos enyesados los dolores desaparecieron.

Los autores están de acuerdo con Swaim en que la colocación de corsé no significa favorecer la anquilosis.

En la mayoría de los casos (22) se recurrió a la simple extensión sobre lecho duro y luego por corsé enyesado.

En los fracasos debía recurrirse a reducción bajo anestesia y en un caso se efectuó osteotomía.

Los resultados son en conjunto, muy buenos.